

**TARTU ÜLIKOOL**  
**SOTSIAAL- JA HARIDUSTEADUSKOND**  
**PSÜHHOLOOGIA INSTITUUT**

Ksenia Kravtšenko

**RAHVUSVAHELISE ISIKSUSHÄIRETE DIAGNOSTILISE INTERVJUU JA**  
**SÕELKÜSIMUSTIKU ADAPTEERIMINE VENE KEELDE (DRAMAATILISTE**  
**KLASTER)**

Seminaritöö

Juhendaja: Maie Kreegipuu

Läbiv pealkiri: IPDE-SQ, dramaatiliste klaster

Tartu 2013

## Kokkuvõte

Seminaritöö eesmärgiks on Rahvusvahelise Terviseorganisatsiooni ja Ameerika Ühendriikide terviseinstituutide poolt välja töötatud rahvusvahelise isiksushäirete diagnostilise intervjuu (*International Personality Disorder Examination*, edaspidi: IPDE) ja sõelküsimumstiku (edaspidi: IPDE-SQ) adapteerimine vene keelde dramaatiliste klasteri osas. Tulemused näitasid, et IPDE-SQ sisereliaablus vaadeldud klasteri isiksushäirete osas oli valdavalt madal: Cronbachi  $\alpha$  varieerus vahemikus .283-.469. IPDE sisereliaablus oli üldiselt rahuldav: Cronbachi  $\alpha$  .471-.797 parim korrelatsioon oli ebastabiilse isiksushäire piirialast tüüpi mõõtmal alaskaalal, mis näitab küsimustiku küllaltki head konsistentsust. IPDE adapteerimise esimest etappi võib pidada rahuldavaks ning valminud mõõtevahendite kvaliteet võimaldab jätkata tööd täisväärtusliku kliinilise instrumendi loomise eelmärgil.

Märksõnad: düssotsiaalne isiksushäire, emotsionaalselt ebastabiilne isiksushäire (impulsiivne ja piirialane tüüp), histriooniline isiksushäire, Rahvusvaheline Isiksushäirete Intervjuu (IPDE), Sõelküsimumstik (IPDE-SQ)

## **Adaptation of International Personality Disorder Examination and Screening Questionnaire into Russian Language (Dramatic Cluster)**

### **Abstract**

The purpose of this research paper was to adapt International Personality Disorder Examination (IPDE) and Screening Questionnaire (IPDE-SQ) into Russian Language in part of Cluster B (DSM-IV). The results of the study indicated that inner consistency of the subscales of IPDE-SQ was low – Cronbach  $\alpha$  ranging from .283 to .469. Inner consistency of IPDE was significantly better, with Cronbach  $\alpha$  ranging from .471 to .797 being highest on the borderline scale which shows good reliability of the method. The first stage of adaptation may therefore be deemed successful and the quality of translation allows continuing further work towards creating fully adequate clinical instrument.

Key words: dissocial personality disorder, emotionally unstable personality disorder (impulsive and borderline), histrionic personality disorder, histrionic personality disorder, International Personality Disorder Examination (IPDE), Screening Questionnaire (IPDE-SQ)

## Sissejuhatus

IPDE on kliiniline uurimisvahend, mis koosneb enesekohasest sõelküsimumstikust (IPDE-SQ) (59 küsimust) ning psühholoogi poolt läbiviidavast poolstruktureeritud intervjuust (67 küsimust). Intervjuu eesmärgiks on identifitseerida isiksuseomadusi ja käitumismustreid, mis omavad tähtsust isiksushäirete diagnoosimisel nii DSM-IV (APA, 1994) kui ka RHK-10 (WHO, 1992) klassifikatsioonide järgi. Esialgne intervjuu on koostatud inglise keeles.

Eesti keelde on intervjuu tõlgitud TÜ-s 1995. aastal, samuti on olemas Venemaal valminud intervjuu versioon, kuid seni on see venekeelsele Eesti elanikkonnale adapteerimata. Arvestades vene rahvusest elanikkonna osatähtsust (2011.a rahvaloenduse andmetel<sup>1</sup> ulatus see 25% - ni), võib kliinilise instrumendi adapteerimine oluliselt aidata klinitiste nende praktilises töös. Seminaritöös on adapteerimiseks valitud ICD-10 moodul, mis vastab Eestis kasutatavale klassifikatsioonile RHK-10. Samas, kuna DSM-IV pakub isiksushäirete loogilist jaotust kolme klastrisse häirete märkimisväärse klastrisisese komorbiidsuse tõttu, on otsustatud adapteerida intervjuu nende häirete osas, mis moodustavad dramaatiliste B klatri DSM-IV klassifikatsioonis. DSM-IV kohaselt kuuluvad dramaatiliste klastrisse antisotsiaalne, piirialane, histriooniline ja nartsissistlik isiksushäire, millele vastavad düssotsiaalne (F60.2), emotsionaalselt ebastabiilne<sup>2</sup> (impulsiivne ja piirialane tüüp – vastavalt F60.30 ja F60.31) ja histriooniline (F60.4) isiksushäire RHK-10 klassifikatsioonis. DSM-IV kohane B-klatriisse kuuluv nartsissistlik tüüp pole RHK-10 põhiversioonis eristatud. Seega adapteeritakse käesoleva seminaritööga IPDE F60.2-F60.4 häirete osas.

Seminaritöö aluseks olev andmestik on kogutud ja kasutatud oma töödes kahe kaastudengi (Pjotr Ševtšenko ja Tatiana Kovaleva) poolt, kes käsitlesid oma 2013.a seminaritöös DSM-IV kohaste A (veidrad/ekstsentrilised) ja C (ärevad) klatriitesse kuuluvaid isiksushäireid puudutavaid küsimusi. Töö lõpptulemusena peaks valmima

<sup>1</sup> Rahva ja eluruumide loenduse aruanne on kättesaadav veebis: <http://www.stat.ee/publication-download->

<sup>2</sup> arusaamise lihtsustamiseks kasutatakse käesoleva töö tulemuste jaos emotsionaalselt ebastabiilse häire alatüüpide määratlemiseks termineid “impulsiivne isiksushäire” ja “piirialane isiksushäire”

adapteeritud intervjuu täisversioon, mida saab pärast nõuetekohast valideerimist kasutada kliiniliste psühholoogide ja psühhiaatrite töös venekeelsete patsientidega.

Käesoleva uurimuse teoreetilises osas käsitletakse isiksushäirete üldiseid diagnostilisi kriteeriume, häirete kohta diagnostilistes klassifikatsioonisüsteemides, esitatud on üldine ülevaade düssotsiaalsest, emotsionaalselt ebastabiilsest ja histrioonilisest isiksushäirest, nende levimusest ja selle valdkonnaga seonduvast probleemistikast, tutvustatud on isiksushäirete diagnoosimise meetodeid.

Empiirilises osas uuriti seminaritöö autori ja kahe kaastudengi (Pjotr Ševtšenko ja Tatiana Kovaleva) poolt vene keelde adapteeritud IPDE varianti, võttes tähelepanu alla düssotsiaalse, emotsionaalselt ebastabiilse ja histrioonilise isiksushäire alaskaalasid. Empiirilise uurimuse eesmärgiks oli vaadata, millisel määral langevad kokku ühte ja sama isiksushäiret mõõtvate küsimuste vastused enesekohases sõelküsimumstikus ja spetsialisti poolt läbiviidavas intervjuus. Kuna IPDE-d on katsetatud paljudes riikides ning see on tõestanud suure hindajatevahelise hinnangute kokkulangevuse ja ajalise stabiilsuse (Loranger,1997), siis lähtuti oletusest, et esialgse intervjuu sisuvaliidsus on suur. Instrumendi adapteerimisel oli oluline tagada, et tõlgitud küsimustiku ja intervjuu skoorid oleksid võimalikult lähedased, st et adapteeritud instrumentide sisuvaliidsus ja funktsionaalne ekvivalentsus oleks sarnased. Selle eesmärgiga uuriti alaskaalade sisemist reliaablust ning sõelküsimumstiku ja intervjuu omavahelist korrelatsiooni määra.

## 1. Ülevaade isiksushäiretest

### 1.1. Üldised diagnostilised kriteeriumid

Isiksushäirete diagnoosimisel on maailmas kasutusel kaks põhisüsteemi: Ameerika Psühhiaatri Assotsiatsiooni poolt välja töötatud diagnostiline ja statistiline juhend DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), mis on kavandatud kasutamiseks Ameerika Ühendriikides (aga kasutatakse ka mujal – nt Rootsis), ning Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt 1992. aastal kehtestatud Rahvusvaheline psüühikahäirete klassifikatsioon (RHK-10), mis on mõeldud kasutamiseks kogu maailmas.

RHK-10 klassifikatsioonis mõistetakse spetsiifilise isiksushäire all iseloomu ja käitumise rasket häiret, mis hõlmab tavaliselt isiksuse mitut aspekti ja on seotud oluliste isiklike ja sotsiaalsete raskustega. DSM-IV annab isiksushäiretele põhimõtteliselt sama definitsiooni. Mõlemad süsteemid panevad paika, et isiksushäirega patsiendi düsharmoniline käitumine ja hoiakud hõlmavad mitut valdkonda, on püsivad, jäigad, häirivad ning tekitavad efektiivsuse languse töös ja sotsiaalses tegevuses. Isiksushäiretega koos sageli esinevad teised raskused nagu akadeemiline mahajäämus, suhteraskused, substantside kuritarvitamine, vägivald, teraapia ebaõnnestumine jne. Seejuures märgitakse erialases kirjanduses, et olemuselt kujutavad spetsiifilised isiksushäired endast piirialast seisundit tervise ja haiguse vahel: sotsiaalne tegevus ja efektiivsus võivad olla (oluliselt) häiritud, kuid kontakt reaalsusega üldiselt säilib. Isiksushäiretega inimesed reeglina ei taju oma isiksust ebanormaalsena ning, veelgi enam, hindavad endas eriti kõrgelt just neid harjumusi ja isikuomadusi, mis häirivad teisi, süüdistades samal ajal teisi kõikides oma raskustes. Seega on spetsiifilised isiksushäired “ego-süntooned”, erinevalt teistest psüühikahäiretest, mis on “ego-düstooned” ehk ebatavalised ja soovimatud (Hersen & Hasselt, 2001).

RHK-10-s kuuluvad spetsiifilised isiksushäired peatükki F60, ning kokku näeb RHK-10 ette kaheksa spetsiifilist isiksushäiret: paranoiline, skisoidne, düssotsiaalne, ebastabiilne (impulsiivne ja piirialane tüüp), histriooniline, anankastne, vältiv ja sõltuv; eraldi koodide

alla märgitakse muud spetsiifilised isiksushäired või täpsustamata isiksushäire. DSM-IV süsteem loogiliselt jaotab isiksushäireid klastritesse:

- A (veidrad/ekstsentrilised), kuhu kuuluvad paranoidne, skisoidne ja skisotüüpne isiksushäired (viimane on RHK-10-s paigutatud rühma “Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired”, F21). Sellistele häiretele on iseloomulik võõrdunud, umbusklik, veider või ekstsentriline käitumine;
- B (dramaatilised), mis hõlmab antisotsiaalset (RHK-10 järgi düssotsiaalne, F60.2), piirialast (RHK-10 järgi emotsionaalselt ebastabiilne piirialane tüüp, F60.31), histrioonilist ja nartsissistliku (pole RHK-10 põhiversioonis eristatud) isiksushäiret. Neid häireid iseloomustab dramaatiline, emotsionaalne või ekstsentriline käitumine, millega sageli kaasnevad labiilne emotsionaalsus ja intensiivsed seesmised konfliktid. B-klastrisse kuuluvate isiksushäirete keskseks omaduseks on impulsiivsus ning isegi impulsiivne agressiivsus düssotsiaalse ja piirialase häire puhul (Coccaro, Bergeman & McClearn, 1993; Goldman & Yehuda, 2002 – viidatud O’Donohue, 2007);
- C (ärevad), kuhu kuuluvad ärev, sõltuv ja obsessiiv-kompulsiivne (RHK-10 järgi anankastne, F60.5) isiksushäired, millele on iseloomulik ärevus ja pelglikkus.

Üldised diagnostilised juhised spetsiifiliste isiksushäirete diagnoosimiseks RHK-10 järgi näevad ette, et häire otseseks põhjuseks ei ole ajukahjustus ega -haigus ega mõni muu psüühiline häire ning see vastab järgmistele kriteeriumitele:

- (a)märkimisväärselt disharmoonilised hoiakud ja käitumine, mis tavaliselt hõlmab mitut valdkonda (nt emotsioone, erutuvust, impulsikontrolli, mõtlemis- ja tajumisviisi ning teistega suhtlemise stiili);
- (b)ebanormaalne käitumisviis on püsiv ja pikaajaline ega piirdu ainult vaimuhaiguse episoodidega;
- (c)ebanormaalne käitumisviis on laialdane: avaldub paljudes erinevates isiklikes ja sotsiaalsetes olukordades ning takistab nendega toimetulekut;
- (d)ülaltoodud nähud ilmnevad alati lapse- või noorukieas ja püsivad täiskasvanuna;
- (e)häire tekitab olulisi isiklikke kannatusi, mis võivad ilmsiks tulla alles hilisemas arengujärgus;

(f) häire on tavaliselt, kuigi mitte alati, seotud tööalase ja sotsiaalse toimimise taseme olulise langusega.

Enamiku isiksushäirete alatüüpide diagnoosimiseks on vajalik, et vähemalt kolm kirjelduses antud joont või käitumisviisi oleksid selgelt olemas, samas võib olla vajalik spetsiifiliste kriteeriumide loomine eri kultuuride jaoks arvestades sotsiaalseid norme, reegleid ja kohustusi.

DSM-IV paigutab isiksushäireid teisele teljele (arengu- ja isiksushäireid). Sarnaselt RHK kirjeldusega iseloomustab isiksushäireid kestev ja oluline mõju kõikidele eluvaldkondadele, kriteeriumid diagnoosi panemiseks on järgnevad:

- (a) sümptomid esinevad pika aja vältel, on jäigad, kõikehõlmavad ning pole substantside tarvitamise või mõnda muu psüühikahäire tulemuseks. Sümptomid on jälgitavad alates noorukieast või hiljemalt noorest täiskasvanueast;
- (b) sümptomid on põhjustanud või põhjustavad olulisi kannatusi/distressi või muid negatiivseid tagajärgi;
- (c) sümptomid esinevad vähemalt kahes valdkonnas: mõttemaailm, tundeelu, inimestevahelised interaktsioonid, impulssikontroll.

Andmed isiksushäirete esinemissagedusest populatsioonis varieeruvad – ja seda ilmselt põhjusel, et isiksushäirete diagnostilised kriteeriumid ja konstruktid on pidevas muutuses, samuti põhjusel, et isiksushäired on küllaltki komorbiidsed. Uuemate uuringute järgi jääb isiksushäirete esinemissagedus kogupopulatsioonis hinnanguliselt vahemikku 1 - 6 %, kliinilises populatsioonis on see aga märgatavalt kõrgem – kuni 30%. Sagedamini esinevad antisotsiaalne (düssotsiaalne), piirialane ja histriooniline häired. Isiksushäirete esinemissageduses on leitud soolisi erinevusi. Meestel esineb enam paranoilist, skisoidset, antisotsiaalset ja obsessiiv-kompulsiivset, naistel piirialast, histrioonilist ja sõltuvat isiksushäiret. Soolised erinevused on üldises vastavuses soorollidega, mis annab alust väita, et isiksushäirete puhul on tegemist normaalsete isiksusteomaduste väärarengutega (Hersen & Hasselt, 2001).



Isiksushäireid käsitlevas kirjanduses on enam konsensust probleemide iseloomu ja väljakutsetega seondult, kui nende lahenduste osas. Väljakutsed isiksushäirete diagnoosimisel on palju suuremad kui teiste häirete puhul, kuna juba definitsiooni järgi kujutavad isiksushäired endast väga laiasid konstrukte, mis hõlmavad teiste häiretega võrreldes laiemaid käitumismustreid, ning selliseid mustreid tuleb vaadelda erinevate situatsioonide kontekstis. Väljakutsed on seda keerulisemad, et diagnoosimiseks ei ole kõikide kriteeriumite esinemine vajalik, st erinevad sama diagnoosiga diagnoositud patsiendid võivad omavahel märkimisväärselt erineda. Raskust pakub ka see, et isiksushäirete kirjeldustes on kasutatud sama terminoloogiat, mis normaalsete isiksusomaduste puhul – seega on kliiniliste sümptomite eristamine komplitseeritud. Isiksushäirete patsientidega tegelevad klinitsistid põrkuvad sageli kokku ka patsientide soovimatusega käsitleda oma isiksust häirituna, mis raskendab nii kliinilist kui ka teaduslikku tööd häirete süstematiseerimise kallal (Hersen & Hasselt, 2001).

## **1.2. Düssotsiaalne isiksushäire**

Düssotsiaalse isiksushäire ja sellega tihedalt seotud psühhopaatia konstrukti pakuvad uurijatele huvi mitte üksnes puhtteoreetilistel kaalutlustel, vaid ka oma sotsiaalse tähtsuse tõttu – viimane leidis kajastust ka häire nimetuses. Düssotsiaalne isiksushäire torkab tavaliselt silma ränkade vastuolude tõttu inimese käitumise ja valitsevate sotsiaalsete normide vahel. RHK-10 diagnostiliste kriteeriumite kohaselt algab isiksushäire hiljemalt 20. eluaastate alguses, aga antisotsiaalse käitumise esimesed tunnused avalduvad tihtipeale juba noorukieas. Häirele on iseloomulik hoolimatus teiste tunnete suhtes, tugev ja püsiv vastutustundetu hoiak ning sotsiaalsete normide eiramine, võimetus püsisuheteks, väga madal frustratsioonitaluvus, võimetus tunda süüd, karistuse mõju puudumine käitumisele, märkimisväärne kalduvus teisi süüdistada ja ühiskonnaga konflikti tekitanud käitumist õigustada. Kaasnevaks jooneks võib olla püsiv ärrituvus.

DSM-IV kriteeriumid fokuseeruvad vastutustundetu ja kahjulikul käitumisel ning näevad ette erinevaid kriteeriume lapsepõlve käitumishäire ja täiskasvanu antisotsiaalse isiksushäire jaoks. Täiskasvanu antisotsiaalne isiksushäire (diagnoositakse alates 18.

eluaastast) nõuab vähemalt kolme kriteeriumite täitmist alljärgnevatest: ebaseaduslike tegude korduv sooritamine, valelikkus, impulsiivsus, vaenulik ja agressiivne käitumine, kaasatus tegevusse, mis võib kahjustada ennast ja teisi, sagedane vastutustundetu käitumine, süümeepiinade puudumine. Lapseea käitumishäirele (alanud enne 15. eluaastat) on iseloomulikud agressiivsus inimeste või loomade suhtes, vara kahjustamine, valelikkus või varastamine, tõsised reeglite rikkumised – täidetud peavad olema vähemalt 3 kriteeriumit (O'Donohue, 2007).

Häire uuringud näitavad küllaltki suurt komorbiidsust teiste psüühikahäiretega – suurimad korrelatsiooninäitajad on seejuures substantside kuritarvitamisest tingitud seisunditel, mis ulatuvad 80%-ni (Robins & Reiger, 1991 – viidatud O'Donohue jt, 2007). Häire levimus populatsioonis on u 2%, seejuures meeste seas on levimus 3% ning naiste seas 1%. Soolised erinevused võivad tuleneda nii soorollide stereotüüpidest kui ka bioloogiliselt tingitud isiksusomaduste erisustest. Kliinilistes populatsioonides on levimus Hare andmetel 50-80% (2003, viidatud O'Donohue jt, 2007). Isiksushäire kujunemise põhjusteks võib pidada nii isiku eelsoodumust ning suuremat haavatavust impulssi kontrolli probleemide suhtes, kui ka ebasoosaid keskkonna mõjusid, mis soodustavad antisotsiaalse käitumise vallandumist (O'Donohue jt, 2007).

### **1.3. Ebastabiilne isiksushäire**

Ebastabiilset isiksushäiret iseloomustab RHK-10 järgi tugev kalduvus impulsiivselt, tagajärgi arvestamata tegutseda ja kõikuv meeleolu. Ettemõtlemise võime on minimaalne ja tugevad vihapursked viivad sageli vägivallani või käitumisplahvatusteni, mis tekivad eriti kergesti siis, kui keegi kritiseerib või takistab impulsiivseid tegusid. RHK-10 klassifikaatoris sisaldub unikaalne jaotus – eristatakse kahte ebastabiilse isiksushäire alavarianti, mille ühiseks tunnuseks on impulsiivsus ja enesekontrolli puudulikkus. Kuigi impulsiivset tüüpi eristati juba eelnevas redaktsioonis (RHK-9) erutuva tüübina ning Kurt Shneider'i töödes (1940, viidatud Modestin, 2006) eksplosiivse tüübina, võeti piirialase isiksushäire diagnoos üle DSM klassifikaatorist (Modestin, 2006).

Impulsiivset tüüpi ebastabiilse isiksuse jaoks on iseloomulik emotsionaalne ebastabiilsus ja vähene impulsikontroll. Tavalised on vägivallapuhangud ja ähvardav käitumine, eriti vastuseks kriitikale. Impulsiivset tüüpi ebastabiilne isiksushäire kohta on vähe kirjandust ning vähesed uuringud näitavad, et selle ja piirialase häire paigutamine ühte kategooriasse on vaieldav, kuna nende seos ei ole empiiriliste uuringutega hästi tõestatud. Still, Whewell jt (2000 – viidatud Modestin, 2006) eristasid kaks faktorit DSM-III diagnostiliste kriteeriumite alusel, kus üks faktor oli tugevalt seotud piirialase häire ning teine RHK-10 impulsiivse alatüübiga, kuid teised tulemused räägivad piirialase häire ühefaktorilise struktuuri kasuks (Fossati jt, 1999; Sanislow jt, 2002 – viidatud Modestin, 2006).

Seevastu on piirialase isiksushäire puhul tegemist enim uuritud, aga kõige vastuolulisema isiksushäirega, mida on kirjeldatud DSM-IV ja RHK-10 redaktsioonides. Selle tähtsus avalikus kontekstis ületab kõiki teisi isiksushäireid, kuna piirialase isiksushäirega invidiidid moodustavad 20% statsionaarsetest ja 10% ambulatoorsetest patsientidest (APA, 1994 – viidatud O'Donohue jt, 2007), samuti on nad erakorralise meditsiiniosakonna, kriisinõustamiskeskuste ja psühhiaatriliste nõuandlate sagedad külastajad (Ellison, Barsky & Blum, 1989; Forman, Berk, Henriquesm Brown & Beck, 2004; Gross et al., 2002 jt – viidatud O'Donohue jt, 2007).

Piirialast tüüpi ebastabiilsel isiksusel esineb RHK-10 järgi mitu emotsionaalse ebastabiilsuse tunnust, lisaks on häiritud või ebaselge inimese mina-pilt, eesmärgid ja eelistused (sealhulgas seksuaalsed). Kalduvus sattuda intensiivsetesse ja ebastabiilsetesse suhetesse võib korduvalt tekitada emotsionaalseid kriise, kaasa tuua äärmuslikke katseid vältida hülgamist ning olla seotud suitsiidiähvarduste või enesevigastamisega (kuigi viimased võivad esineda ka ilma nähtava ajendita). DSM-IV klassifikatsioonis iseloomustavad piirialast isiksushäiret intensiivsed ja kaoatilised suhted, äärmuslikud ja ebastabiilsed mina- ja oluliste lähedaste pildid, mis varieeruvad idealiseerimisest täieliku väärtusetuseni, ning potentsiaalselt ennast kahjustav impulsiivsus, seda eriti kriisiolukordades. Piirialase isiksushäirega patsiendid ei talu üksi olemist, vajavad toetust teistelt, samas näevad nad teisi tagakiusajatena; interpersonaalsetest konfliktidest või

kaotustest tingituna võib esineda ennastkahjustav või suitsidaalne käitumine; isiku väärtused, karjäärivalikud ning pikaajalised eesmärgid on ebastabiilsed (Hersen & Hasselt, 2001).

Piirialase isiksushäire komorbiidsuse uuringud nii DSM-III kui ka DSM-IV kriteeriumite alusel näitasid, et häire on tihedalt seotud teiste isiksushäiretega – eelkõige düssotsiaalse, vältiva, sõltuva ning paranoidsega (Becker, Grilo, Edell & McGlashan, 2000; Gunderson, Zanarini & Kisiel, 1991, 1995 jt – viidatud O'Donohue jt, 2007). Nende tulemuste põhjal võib järeldada, et piirialase isiksushäire diagnostilised kriteeriumid ei ole piisavalt täpselt määratletud. Komorbiidsuse leidmine teiste B klasterisse kuuluvate häiretega (histriooniline, antisotsiaalne ja nartsissistlik) on problemaatiline, muuhulgas põhjusel, et piirialast isiksushäiret iseloomustavad üheaegselt nii üksilduse hirm kui ekstravertsuse isiskuseomadused (Lynam & Widiger, 2001 – viidatud O'Donohue jt, 2007). Piirialane isiksushäire näitab kõrget komorbiidsust enamusega DSM I telje non-psühhootilistest häiretest, sh ärevushäire, substantside kuritarvitamise, söömishäiretega (Zanarini ju, 1998; Zimmerman & Mattia, 1999 – viidatud O'Donohue jt, 2007).

#### **1.4. Histriooniline isiksushäire**

Histrioonilise isiksushäire tunnusteks RHK-10 järgi on teatraalsus, emotsioonide liialdatud väljendamine, sisendatavus, õõnes ja labiilne emotsionaalsus, egotsentrilisus, püsiv iha olla tähelepanu keskpunktis, sobimatult võrgutav välimus või käitumine ning liigne mure kehalise veetluse pärast. Võivad kaasneda egotsentrilisus, enesehellitamine, pidev tunnustuseihalus, kerge haavumine ja püsiv manipuleeriv käitumine oma tahtmise saamiseks.

DSM-IV defineerib histrioonilist isiksushäiret kui eksessiivse emotsionaalsuse ja tähelepanu otsingute kõikeläbivat käitumismustrit, mis algab varases täiskasvanueas ning väljendub erinevates situatsioonides. Isikut saab diagnoosida histrioonilise isiksushäirega, kui ta täidab 5 kriteeriumit 8-st: tunneb ennast ebamugavalt, kui ei ole tähelepanu keskpunktis; käitub ebakohaselt seksuaalselt võluvalt või provokatiivselt; näitab välja

järske muutatusi emotsioonides ja lamedat emotsionaalsust; pidevalt kasutab oma välimust endale tähelepanu tõmbamiseks; tema kõnepruuk on äärmiselt impressionistlik ja detailivaene; ta on teatraalne, sisendatav ning käsitleb suhteid intiimsemateks kui nad tegelikult on. Sellised inimesed on alati “laval”, nad kasutavad teatraalseid žeste ja grandioosseid liialdatud väljendeid isegi tanapäevaste sündmuste kirjeldustes (Comer, 2002). Histrioonilise isiksushäirega indiviidid on oma väärtuses ebakindlad, millest tingituna käituvad nad selliselt, et teistele meeldida, kiita saada ning tähelepanu keskpunktis olla: räägivad endast, flirdivad, näitavad huvi teistest ning on valmis teenet osutama, riietuvad erksalt ja väljakutsuvalt. Histrioonilised isikud satuvad sõltuvusse suhtest, muutuvad nõudlikeks, manipuleerivateks ning pealekäivateks ning nende suhted ei pruugi olla nii intiimsed nagu nemad seda väidavad (Hersen & Hasselt, 2001).

Histrioonilise isiksushäire levimus on 2-3% kogupopulatsioonis ning 10-15% statsionaarsete patsientide seas (Blashfield & Davis, 1993 – viidatud O'Donohue, 2007). Uriimiskirjandus histrioonilise isiksushäire osas on vähene, seetõttu häire komorbiidsuse kohta on vähe teada ning seosed teiste isiksushäirete ja muude psüühikahäiretega on ebaselged.

### **1.5. Isiksushäirete diagnoosimiseks kasutusel olevad meetodid**

IPDE sissejuhatavas peatükis kirjeldab Loranger (1997) põgusalt mitmeid isiksushäirete diagnostikas kasutusel olnud ja olevaid instrumente. Nende hulgas on:

- kliinilised intervjuud, sh Gunderson ja kolleegide poolt koostatud DIB – Diagnostic Interview for Borderlines; Pfohl ja kolleegide poolt väljatöötatud SIDP-R – Structured Interview for DSM-III-R Personality Disorders, Tyrer ja kolleegide poolt koostatud PAS – Personality Assessment Schedule; Pilgrim'i ja Mann'i poolt väljatöötatud lühike poolstruktureeritud intervjuu SAP – Standardized Assessment of Personality;
- küsimustikud, sh MCMI – Millon Clinical Multiaxial Inventory, Cloninger'i TPQ – Tridimensional Personality Questionnaire jt, mis võivad olla seotud ametlikes klassifikatsioonides sisalduvate isiksushäirete kriteeriumitega või hoopiski

põhineda autorite isiksuse ja psühhopatoloogia teooriatel, nagu MCMI.

Kuna isiksushäirete diagnostilised kriteeriumid muutuvad klassifikatsioonist klassifikatsioonini, siis pole eelpool loetletud meetodite valik lõplik ega ammendav.

Käesoleva seminaritöö aluseks olnud instrument sisaldab endas kahte diagnostilist meetodit: enesekohast küsimustikku ja poolstruktureeritud kliinilist intervjuud. IPDE on mõeldud isiksushäirete hindamiseks RHK-10 ja DSM-III-R klassifikaatorite järgi, kuid see on kohandatud ka DSM-IV jaoks. IPDE otstarbeks ei ole kõikide isiksuse omaduste hindamine, vaid selliste joonte ja käitumismustrite avastamine, mis vastavad spetsiifiliste isiksushäirete kriteeriumitele (Loranger, 1997).

Sõelküsimustiku (IPDE-SQ) puhul on tegemist IPDE-d täiendava meetodiga, mille eesmärgiks on nende isikute väljaselekteerimine, kellel isiksushäiret ilmselt ei esine ja seega pole ka intervjuu läbiviimine vajalik. Mingil määral tekib sõelküsimustiku täitmisel valepositiivsus (s.t mõned vastused on ajendatud hetkemeeleolust), kuid valenegatiivsuse tekkimine on väga ebatõenäoline (Loranger, 1997). IPDE-SQ koosneb 59 väitest ning sisaldab endas 9 alaskaalat, esindades seega 9 spetsiifilist isiksushäiret. Iga spetsiifilist isiksushäiret mõõdab teatud arv küsimusi, seejuures erinevaid häireid mõõtvad küsimused asetsevad küsimustikus läbisegi. Igal väitel on kaks vastusevarianti: õige (vene k. *верно*) ja vale (vene k. *неверно*), mis skooritakse 0 (vale) /1 (õige) süsteemis, ning intervjuule suunamiseks peab isik vastama “õige” kindlale arvule alaskaala küsimustest, arvestades, et 9 küsimust on pööratud. Intervjuule suunamiseks B klasteri häirete seisukohast peab isik andma diagnostiliselt positiivse vastuse 3 küsimusele 7-st düssotsiaalse isiksushäire kahtluse äratamiseks, 3 küsimusele 5-st impulsiivse isiksushäire puhul, 5 küsimusele 10-st piirialase isiksushäire puhul (vastused liidetakse impulsiivset häiret mõõtvate küsimustega) ning 4 küsimusele 6-st histrioonilise isiksushäire puhul.

IPDE koosneb 67 punktist, mis on koondatud rühmadesse: töö, mina, suhted, tundeelu, reaalsuse hindamine ja impulsside valitsemine. 62 punkti puhul on tegemist küsimustega patsiendile (ühes punktis sisaldub tihti peale mitu küsimust) ning viimased viis punkti on

mõeldud küsitajale, intervjuueeritava käitumise hindamiseks intervjueri poolt. Iga punkt mõõdab ühe isiksushäire ühte kriteeriumit vastavalt RHK-10-s toodule, seejuures vastav käitumine peab esinema vähemalt viimase 5 aasta jooksul (v.a nooremad kui 20-aastased isikud, kelle puhul lubatakse 3-aastat perioodi) ning vähemalt üks kriteerium peab olema täidetud enne 25. eluaastat. Vastused skooritakse skaalal nullist kaheni, kus "0" tähendab, et diagnostiline kriteerium ei ole täidetud (küsitud käitumine puudub või on normaalne), "1" – diagnostiline kriteerium on osaliselt täidetud (käitumine aktsentueeritud), "2" – diagnostiline kriteerium on täidetud (vastav ilming patoloogilisel tasemel). Saadud skoorid summeeritakse vastavalt IPDE juhendile, ning juhul, kui skoor ületab teatud piiri, hinnatakse vastava häire diagnoosi panemise põhjendatust.

IPDE mõlema osa enesekeskne struktuur eeldab, et uuritav on võimeline andma hinnanguid oma käitumisele – seetõttu ei sobi intervjuu raskes depressioonis, psühhosis, madala intelligentsusega või ajukahjustustega inimestele. IPDE ei ole mõeldud kasutamiseks alla 18-aastaste noorukite puhul. Kuigi IPDE pilootuuringud on näidanud, et küsitlavad ei kipu esitama ennast paremas valguses, näeb IPDE siiski ette võimalust lähedastelt informatsiooni kogumiseks, ja erimeelsuste korral peaks selline hinnang alati kaaluma küsitlitava hinnanguid üle; arvestatakse ka intervjuueeritava hinnanguid küsitlitava käitumisele ja vastustele (Loranger, 1997). Nii intervjuu kui ka sõelküsimumstiku küsimused on viidud vastava klassifikaatori kriteeriumitega kokku – s.o üks küsimus/väide peaks peegeldama ühte kriteeriumit. Iga isiksushäire kohta kujuneb välja dimentsionaalne skoor (ka juhul, kui diagnoos on negatiivne).

IPDE-SQ eestikeelset varianti on varem uuritud mitmetes Tartu Ülikooli seminari- ja lõputöodes (Sisask, 1999; Seeblum, 2001; Eensalu, 2002; Käbin, 2003; Rannu, 2006). Kuigi nimetatud tööde puhul ei olnud tegemist küsimustiku adapteerimisega, vaid uuriti olemasolevat eesti keelde adapteeritud varianti, mistõttu ei saa nende tööde tulemusi käesoleva töö tulemustega võrrelda, on nimetatud autorite tööde tulemused näidanud, et IPDE-SQ sisereliaablus on suhteliselt madal. Eensalu (2002) vältiva isiksushäire uurimuses varieerusid Cronbach'i  $\alpha$  väärtused vahemikus .25-.74, Seeblum'i (2001) düssotsiaalse isiksushäire uuring näitas Cronbach'i  $\alpha$  väärtuseks .04-.56, Rannu (2006)

sõltuva isiksushäire uuringus varieerus see vahemikus -.019-.580. Nõrgad on olnud ka konkureeriva valiidsuse analüüsi tulemused: Sisask'i (1999) histrioohilise isiksushäire uurimisele pühendatud töös jäi korrelatsioon IPDE-SQ väidete ja vastavate IPDE küsimuste vahel vahemikku -.03-.69, Rannu (2006) töö näitas tulemusi .10-.41 vahemikus, Käbin'a (2003) piirialase isiksushäire uuringus kõigus see äärmusest äärmusesse vahemikus -.70 – .93.

Kreeka keelde IPDE adapteerimise tulemused (Fountoulakis, 2006) näitasid, et Pearsoni koefitsient varieerus vahemikus 0.42–0.93, kuid üldiselt jäi .60-.70 piiresse, ning seda tulemust peeti väga rahuldavaks.

## 2. Töö praktiline osa

### 2.1. Meetod

Esimese instrumendina alustati IPDE-SQ adapteerimisega vene keelde. Kuivõrd enesekohane sõelküsimustik on mõeldud täitmiseks patsiendi enda poolt, siis on oluline, et küsimused oleksid üheselt arusaadavad ning kohandatud patsientide kultuuri. Küsimustiku tõlke täiuslikkuse tagamiseks on tehtud kuus sõltumatut tõlget inglise keelest vene keelde (3 erineva professionaalse tõlgi poolt tehtud tõlkevarianti, 2 kaastudengi poolt tehtud tõlget ning üks tõlge esitatud praktiseeriva kolleegi Inga Ignatieva poolt), millest valiti välja parimad kultuurispetsiifilised sõnastused. Enam erimeelsusi korrektse sõnastuse tõlkimises tekitasid järgnevad IPDE-SQ väited allajoonitud osas:

- 3 *Я не нервничаю по пустякам* (I am not fussy about little details);
- 4 *Я не могу определить, каким человеком я хочу быть* (I can't decide what kind of person I want to be)
- 13 *Я вступаю в очень бурные отношения, которые быстро заканчиваются* (I get into very intence relationships that don't last)
- 16 *В ситуациях, требующих общения с людьми, я чувствую себя неловко и не в*



- своей тарелке* (I feel awkward or out of place in social situations)
- 20 *Мне доводилось бросать работу, даже когда от меня ожидали обратного*  
(At times I've refused to hold a job, even when I was expected to)
- 32 *Люди думают, что я слишком строго отношусь к правилам и нормам*  
(People think I'm too strict about rules and regulations)
- 34 *Я не стану устанавливать отношения с людьми, пока не буду уверен(а) в том, что я им нравлюсь* (I won't get involved with people until I'm certain they like me)
- 53 *У меня очень часто меняется настроение* (I'm very moody).

Tõlkeraskused seisnesid nii selles, et vene keeles puudusid vahel täpsed vasted ingliskeelsetele sõnastustele, kui ka põhjusel, et professionaalsete tõlkide poolt kasutatud vasted läksid RHK-10 kriteeriumitega lahku, s.o kadus nii kultuurispetsiifilisus kui ka kriteeriumit väljendav alltekst. Pärast küsimuste ühtlustamist viidi läbi pilootuuring 15 isikuga, kelle käest paluti tagasisidet küsimuste arusaadavuse osas ja kommentaare sõnastuste parandamiseks. Vastavalt pilootuuringu tulemustele küsimustiku sõnastused täiendati ja parandati – lõplik versioon IPDE-SQ-st on lisatud käesolevale tööle (**Lisa 1**).

Teise instrumendina alustati IPDE adapteerimisega vene keelde. Intervjuu tõlgiti vene keelde professionaalse tõlgi, seminaritöö autori ja 2 kaastudengi poolt (kokku 2 tõlkevarianti) ning valiti välja parimad sõnastused (lõplik versioon - **Lisa 2**). Enim tõlkeraskusi pakkusid järgnevad küsimused:

- 3 *Беспокоитесь ли Вы о мелких деталях?* (Are you fussy about little details?)
- 5 *Как Вы думаете, состоит ли одна из ваших проблем в том, что Вы не уверены, что Вы за человек?* (Do you think one of your problem is that you're not sure what kind of person you are?)
- 8 *Способны ли Вы обычно принимать простые, повседневные решения, не обращаясь к другим за советом или одобрением?* (Are you usually able to make ordinary, everyday decisions without asking others for advice or reassurance?)

- 13 Чувствуете ли Вы себя неловко или не в своей тарелке при общении с другими людьми? (Do you feel awkward or out of place in social situations?)
- 35 Часто ли в вашей жизни случается, что люди стараются использовать или обмануть Вас для достижения своих целей? (Has it been your experience that people often try to use you or take advantage for you?)
- 36 Когда Вы входите в полную людей комнату, часто ли Вы задумываетесь, не говорят ли они о Вас или даже делают нелестные комментарии на ваш счет? (When you enter a room full of people do you often wonder whether they might be talking about you, or even making unflattering remarks about you?)
- 54 Случается ли, что Вы одеваетесь или ведете себя развратно? (Do you ever find yourself dressing or behaving in a sexually seductive way?).

## 2.2. Protseduur ja valim

IPDE-SQ katsetati 125 inimesest koosneva valimi peal – täiskasvanud Eestis elavad vene keelt emakeelena kõnelevad isikud, autorile teadaolevalt ilma psühhiaatrilise diagnoosita. Keskmine vanus valimis oli 33 aastat (standardhälve 10,8), noorim küsitluteest oli 19-aastane ja vanim 86-aastane. Katses osalenutest olid 85 naised (68%) ja 40 mehed, 102 katseisikut olid kõrgharidusega (81,6%). Katses osalemine oli vabatahtlik ning andmete kogumisel tagati anonüümsus.

Kõik katses osalejad täitsid iseseisvalt sõelküsimustiku kas paberkandjal või GoogleDrive veebikeskkonnas vastavalt instruktsioonile: “Цель данной анкеты – определить Ваш тип личности в течение последних пяти лет. Пожалуйста, не пропускайте ни одного вопроса. Если Вы не уверены в ответе, то Выберите из вариантов «верно» или «неверно» тот, который вероятнее всего является справедливым. Ограничения по времени нет, однако не раздумывайте над каждым отдельным вопросом слишком долго. В случае если ответ «верно», обведите слово «Верно», если ответ «неверно» - слово «Неверно». Если Вам непонятен вопрос, или Вы считаете, что его формулировка неудачна, пожалуйста, отметьте это. Если

*возможно, предложите свою формулировку*”<sup>3</sup>. Link küsimustikule oli jagatud e-posti ja sotsiaaltööstustike kaudu nii töö autori tuttavatele kui avalikkusele.

Küsimustikku täitnud isikutest 20-ga viidi läbi intervjuu – nende hulgas oli 6 meest ja 14 naist, seejuures 11 intervjuueeritu puhul esinesid IPDE manuaalis sisalduvad kriteeriumid intervjuu läbiviimiseks vähemalt B klasteri häirete osas. Intervjuu viisid läbi seminaritöö autor ning 2 kaastudengit (Pjotr Ševtšenko ja Tatjana Kovaljova), järgides IPDE manuaali nõudeid (järgiti intervjuu ülesehitust, ei muudetud küsimuste sõnastust, ei esitatud lisaküsimusi). Töö autor on isiklikult küsitlenud 6 intervjuueeritut. Katseisikutele selgitati, et küsimused puudutavad käitumist, mis on temale omane olnud kogu elu vältel ning kui intervjuueeritav on vahepeal muutunud, siis paluti tal seda kindlasti öelda. Kõikidelt intervjuueeritavatelt on saadud informeeritud nõusolek. Paraku ei osutunud võimalikuks viia intervjuud läbi kõikide nende küsimustikku täitnud isikutega, kes pakkusid enam huvi diagnostiliste kriteeriumide täitmise osas, kuna valdav enamus küsitletutest teatas, et ta ei soovi intervjuus osaleda (intervjuu pikkuseks oli orienteeruvalt 1,5 tundi, mida peeti liiga suureks ajakulaks). Seega oli intervjuu puhul tegemist mugavusvalimiga.

### **2.3. Isiksushäirete diagnostilised kriteeriumid ja nende uurimiseks mõeldud IPDE ja IPDE-SQ küsimused**

#### **2.3.1. Düssotsiaalne isiksushäire**

Düssotsiaalset isiksushäiret mõõtvad väited ja küsimused IPDE-SQ ja IPDE venekeelses variandis ning nende seos RHK-10 kriteeriumitega on näidatud allpool olevas tabelis 1:

---

<sup>3</sup> Käesoleva küsimustiku eesmärk on välja selgitada, milline Te olete olnud viimaste 5 aasta jooksul. Palun ärge jätke küsimusi vastamata. Kui Te pole oma vastuses kindel, valige see vastuse variant, mis on tõenäolisem. Ajalimiiti ei ole, kuid ärge mõelge küsimuste üle liiga kaua. Kui vastus on “õige”, tehke rist lahtrisse „õige”, kui vastus on vale” või „vale”. Kui Te ei saa küsimusest aru või leiate, et see on sõnastatud valesti, palun tehke selle kohta oma märkus ning võimalusel pakkuge oma sõnastus.

Tabel 1 *Düssotsiaalse isiksushäire kriteeriumid RHK-10 järgi ja neid mõõtvad IPDE-SQ väited ja IPDE küsimused*

RHK-10 kriteerium	IPDE-SQ väited	IPDE küsimused
Kalk hoolimatus teiste tunnete suhtes	18. Я обычно чувствую себя плохо, когда я причинил(а) кому-то боль или плохо с кем-то обошелся(-лась) (Tavaliselt on mul halb tunne, kui olen kedagi solvanud või halvasti kohelnud) – pööratud	29. Некоторые люди не слишком обеспокоены чувствами других. Вы относитесь к таким людям? (Mõned inimesed ei hooli teiste tunnetest kuigi palju. Kas te olete selline?)
Tugev ja püsiv vastutustundetu hoiak ning sotsiaalsete normide, reeglite ja kohustuste eiramine	11. Меня никогда не арестовывали (Ma pole kunagi aresti all olnud) – pööratud; 20. Мне доводилось бросать работу, даже когда от меня ожидали обратного (Aeg-ajalt pole ma pidanud töökohta, kuigi minult seda oodati)	61. Были ли Вы когда-либо безработным? (Kas Te olete kunagi olnud töötu?)
Võimetus püsisuheteks, kuigi suhete loomisel pole raskusi	38. У меня бывали близкие дружеские отношения, которые длились долго (Mul on olnud kauakestvaid lähedasi sõprussuhteid) – pööratud	19.-20. У Вас есть близкие друзья или люди, которым Вы доверяете? (Kas Teil on lähedasi sõpru või inimesi, keda Te usaldate?)
Väga madal frustratsioonitaluvus, madal agressiooni ja vägivalda vallandumise lävi	47. Я теряю самообладание и ввязываюсь в драки (Ma lähen kergesti endast välja ja satun kaklustesse)	60. Случалось ли Вам когда-либо ударить или применить физическое насилие к кому-либо из членов вашей семьи? (Kas Te olete kunagi löönud või tarvitanud füüsilist vägivalda kellegi Teie pereliikme suhtes?)
Võimetus tunda süüd ja õppida kogemusest, eriti karistusest	51. Мне трудно не попадать в неприятности (Mul on raske sekeldustest hoiduda)	62. Как Вы думаете, Вы были вправе вести себя таким образом? (Kas Te arvate, et Teil oli õigus nii käituda?) – kui küsimusele nr 60 on vastatud jaatavalt
Märkimisväärne kalduvus teisi süüdistada ja ühiskonnaga konflikti tekitanud käitumist õigustada	29. Я пойду на обман или мошенничество ради достижения моей цели (Ma võin valetada või meelitada, kui see on mulle kasulik)	63. Как Вы думаете, почему Вы так себя вели? (Miks te niimoodi käitusite?) – kui küsimusele nr 60 on vastatud jaatavalt

Märkus: Tabelites 1-4 on näitena esitatud vaid mõned IPDE küsimused

### 2.3.2. Ebastabiilne isiksushäire (impulsiivne tüüp)

Ebastabiilse isiksushäire impulsiivset tüüpi mõõtvad väited ja küsimused IPDE-SQ ja IPDE venekeelses variandis on koondatud allpool olevasse tabelisse 2:

Tabel 2 *Impulsiivset tüüpi ebastabiilise isiksushäire kriteeriumid RHK-10 järgi ja neid mõõtvad IPDE-SQ väited ja IPDE küsimused*

RHK-10 kriteerium	IPDE-SQ väited	IPDE küsimused
Tugev kalduvus impulsiivselt, tagajärgi arvestamata tegutseda	56. Я иду на риск и совершаю безрассудные поступки (Ma riskin ja tegutsen läbimõtle matult)	58. Некоторые люди имеют привычку делать что-то внезапно или неожиданно, совсем не задумываясь о том, что может произойти. Вы относитесь к таким? (Mõnel on kombeks käituda järsult või ootamatult, mõtle mata sellele, mida see kaasa toob. Kas te olete selline?)
Tugevad vihapursked, mis tekivad eriti kergesti siis, kui keegi kritiseerib või takistab impulsiivseid tegusid	19. Я спорю или борюсь в ситуациях, когда люди пытаются помешать мне сделать то, что я хочу (Ma vaidlen või tülit sen, kui mind segatakse teha seda, mida tahan)	30. Есть ли у Вас привычка вступать в споры и разногласия? (Kas Teil on kombeks sattuda vaidlustesse ja tülidesse?)
Vihapursked viivad sageli vägivallani või käitumisplahvatusteni	37. Иногда я могу так разозлиться, что начинаю ломать или крушить вещи (Ma võin minna nii vihaseks, et hakkan asju lõhkuma või purustama)	43. Случается ли, что Вы иногда Выходите из себя больше, чем нужно, или испытываете сильный гнев без достаточного на то основания? (Kas Te kunagi lähete endast välja või tunnete suurt viha ilma erilise põhjuse ta?)
Suutmatus järjekindlalt tegutseda, kui ei saa sellele kohe hüvitust	30. Я перестаю придерживаться плана, если сразу же не получаю результатов (Ma loobun plaanist, kui ei saavuta soovitud tulemust kohe);	11. Трудно ли Вам придерживаться плана или образа действий, если Вы сразу же не получаете результатов? (Kas Teil on raske järjekindlalt tegutseda, kui see kohe tulemust ei anna?)
Ebastabiilne ja kapriisne meeleolu	53. У меня очень часто меняется настроение (Mu meeleolu vahetub väga tihti)	50. Часто ли Вы переходите от своего обычного настроения к сильной раздражительности, депрессии или нервозности? (Kas Teie tavaline tuju muutub sageli suure ärrituse, masenduse või närvilisuse poole?)

### 2.3.3. Ebastabiilne isiksushäire (piirialane tüüp)

Ebastabiilse isiksushäire piirialast tüüpi mõõtvad väited sisalduvad eelpool olevas tabelis 2, kuna need on iseloomulikud mõlemale tüübile. Lisaks sellele on piirialast tüüpi isiksushäiret mõõtvad väited ja küsimused koondatud tabelisse 3:

Tabel 3 Piirialast tüüpi ebastabiilise isiksushäire kriteeriumid RHK-10 järgi ja neid mõõtvad IPDE-SQ väited ja IPDE küsimused

RHK-10 kriteerium	IPDE-SQ väited	IPDE küsimused
Häiritud või ebaselge inimese mina-pilt, eesmärgid ja eelistused (sealhulgas seksuaalsed)	4. Я не могу определить, каким человеком я хочу быть (Ma ei saa aru, milliseks inimeseks ma tahan olla)	6. Чего бы Вы хотели достичь за свою жизнь? (Mida Te tahaksite saavutada oma elu jooksul?)
Kalduvus sattuda intensiivsetesse ja ebastabiilsetesse suhetesse	13. Я вступаю в очень бурные отношения, которые быстро заканчиваются (Ma satun väga intensiivsetesse suhetesse, mis ei püsi kaua)	26. Вступаете ли Вы в интенсивные и бурные отношения с другими людьми с многочисленными «взлетами и падениями»? (Kas Teil tekivad inimestega pingelised ja tormilised suhted paljude tõusude ja langustega?)
Äärmuslikud katsed vältida hülgamist	9. Я иду на крайние меры, чтобы удержать людей рядом с собой (Ma teen ükskõik mida, et mind maha ei jäetaks)	48. Бывает ли, что Вы лихорадочно пытаетесь удержать какого-либо близкого Вам человека? (Kas kunagi juhtub, et Te teete ükskõik mida, et lähedane inimene teid maha ei jäetaks?)
Suitsiidiähvardused või enesevigastamised (kuigi viimased võivad esineda ka ilma nähtava ajendita)	25. Я никогда не угрожал(а) самоубийством и не наносил(а) себе повреждений намеренно (Ma pole kunagi ähvardanud suitsiidiga ega kahjustanud ennast meelega) – pööratud	59. Угрожали ли Вы когда-либо совершить самоубийство? (Tas Te olete kunagi ähvardanud ennast tappa?)
Krooniline tühjuse tunne	40. Я часто ощущаю «пустоту» внутри (Mul on tihti tühjuse tunne)	45. Часто ли Вы ощущаете внутреннюю пустоту? (Kas Te tunnete sageli seesmist tühjust?)

### 2.3.4. Histriooniline isiksushäire

Histrioonilist isiksushäiret mõõtvad väited ja küsimused IPDE-SQ ja IPDE venekeelses variandis on koondatud allpool olevasse tabelisse 4:

Tabel 4 Histrioonilise isiksushäire kriteeriumid RHK-10 järgi ja neid mõõtvad IPDE-SQ väited ja IPDE küsimused

RHK-10 kriteerium	IPDE-SQ väited	IPDE küsimused
Enesedramatiseerimine, teatraalsus, emotsioonide liialdatud väljendamine	5. Я открыто Выражаю свои чувства (Mä väljendan oma tundeid avalikult)	40. Правда ли, что Вы почти всегда Выражаете свои чувства так, что они совершенно очевидны для других? (Kas Te tavaliselt näitate teistele oma tundeid ilmekalt välja?)

Sisendatavus, mõjutatavus teiste inimeste või asjaolude poolt	kerge	17. Я слишком легко поддаюсь влиянию того, что происходит вокруг меня (Mind liga kergesti mõjutab see, mis mu ümber toimub)	12. Легко ли Вы соглашаетесь с предложениями другим людей? (Kas Te olete kergesti mõjutatav teiste inimeste poolt?)
Õõnes ja emotsionaalsus	labiilne	26. Мои чувства – как погода, они все время меняются (Mu tunded muutuvad kogu aeg)	49. Часто ли ваши чувства меняются абсолютно внезапно и неожиданно, иногда без очевидной причины? (Kas Teie tunded muutuvad sageli väga järsult ja ootamatult, vahel ilma selge põhjusega?)
Egotsentrilisus, enesehellitamine ja hoolimatus teiste vastu; püsiv iha erutavate sündmuste, tunnustuse ja tegevuste järele, kus oleks võimalik olla tähelepanu keskpunktis		35. Я предпочитаю не быть в центре внимания (Ma eelistan mitte olla tähelepanu keskpunktis) – pööratud	41. В жизни Вам нужно много эмоционального возбуждения? (Kas Teil on elus vaja palju emotsionaalset eritust?)
Sobimatult võrgutav välimus või käitumine		44. У меня репутация любителя (любительницы) пофлиртовать (Mul on kurameerija reputatsioon)	54. Случается ли, что Вы одеваетесь или ведете себя развратно? (Kas Te vahel tabate end riietumas või käitumas seksuaalselt võrgutavalt?)
Liigne mure kehalise veetluse pärast		28. Мне нравится одеваться так, чтобы Выделяться из толпы (Mulle meeldib riietuda nii, et paista välja)	17. Насколько важен для Вас Ваш внешний вид? (Kui tähtis on Teie jaoks Teie välimus?)

## 2.4. Statistiline analüüs

Statistiliseks analüüsiks kasutati andmetöötlusprogrammi SPSS 15.0. B-klastrisse kuuluvaid isiksushäireid mõõtvate IPDE ja IPDE-SQ alaskaalade sisereliaabluse leidmiseks on arvutatud Cronbach'i alfa, lisaks sellele leiti düssotsiaalse, emotsionaalselt ebastabiilse (mõlemad alatüübid) ja histrioonilise isiksushäire alaskaalade üksikväidete omavahelised korrelatsioonid ning korrelatsioonid alaskaala kui tervikuga. Sõelküsimumstikus isiksushäiret hindavate väidete ja neile vastavate intervjuu küsimuste vahelise seose tugevuse leidmiseks sooritati korrelatsioonianalüüs.

Lisaks sellele hinnati analüüsi all olnud isiksushäirete diagnostiliste kriteeriumite ja diagnooside täitumise sagedust intervjuus ja sõelküsimumstikus – kuna intervjuueeritute arv oli kõigest 20, siis SPSS 15.0 programmiga statistilist analüüsi läbi ei viidud, tulemused

töödeldi käsitsi. Leiti sõelküsimumustiku vastava alaskaala valepositiivsete ja valenegatiivsete juhtumite arv.

## 2.5. Tulemused

### 2.5.1. Düssotsiaalne isiksushäire

Düssotsiaalse isiksushäire puhul oli sõelküsimumustiku sisereliaabluse koefitsiendiks .469 ning kõrgeimaks väidetevaheliseks korrelatsiooniks .416. Kõige tugevamalt olid omavahel seotud väited nr 51 (*Мне трудно не попасть в неприятности*) ja nr 18 (*Я обычно чувствую себя плохо, когда я причинил(а) кому-то боль или плохо с кем-то обошелся(-лась)*), samuti olid teistest tugevamalt seotud väited nr 47 (*Я теряю самообладание и ввязываюсь в драки*) ja 11 (*Меня никогда не арестовывали*) omavahelise korrelatsiooniga .368. Üksikväite-koguküsimumustiku vahelised korrelatsioonid olid samuti madalad – kõrgeimaks (.355) osutus see 47. väite puhul (*Я теряю самообладание и ввязываюсь в драки*). Mõned väidetevahelised korrelatsioonid olid isegi negatiivsed, kuigi väga väikese väärtusega. Üksikute väidete väljajätmise korral suurenes Cronbach'i  $\alpha$  väärtus keskmiselt .150 võrra (38. väite puhul kuni .514). Sõelküsimumustiku düssotsiaalse isiksushäire skaala kõikide väidete omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioon koguskaalaga on ära toodud tabelis 5.

Tabel 5 IPDE-SQ düssotsiaalset isiksushäiret mõõtvate väidete omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioonid kogu alaskaalaga

Väite nr	11	18	20	29	38	47	51	Kogu
11	-							.281
18	.140	-						.268
20	.103	.104	-					.226
29	.187	.106	.189	-				.265
38	-.097	-.047	.067	-.016	-			-.041
47	.368	.166	.190	.106	-.047	-		.355
51	.225	.416	.051	.177	-.064	.258	-	.301

Märkus:  $p < 0,05$

Mis puudutab intervjuus esitatud düssotsiaalset isiksushäiret mõõtvate küsimuste omavahelisi korrelatsioone, siis need olid oluliselt kõrgemad. Sisereliaabluse koefitsient



oli 0.656 ning kõige tugevamini olid omavahel seotud 62. (küsitletava hinnang düssotsiaalsele tegevusele), 63. (kalduvus süüdistada oma düssotsiaalsetes tegudes teisi) ja 64. (võimetus õppida karistusest) küsimused (mis on loogiliselt seletatav intervjuu ülesehituse kaudu) – nende küsimuste omavahelised korrelatsioonid jäid vahemikku .737-.854. Märkimisväärne korrelatsioon (.688) oli ka 20. (võimetus püsisuheteks) ja 29. (hoolimatus teiste inimeste tunnetest) küsimuste ja vastavate kriteeriumite vahel. Üksikküsimuste-kogutesti vahelised korrelatsioonid intervjuus olid samuti oluliselt kõrgemad kui sõelküsimustikus – kõrgeimaks (.869) osutus see 62. küsimuse puhul (*Как Вы думаете, Вы были вправе вести себя таким образом?* – Kas te arvate, et selline käitumine oli õigustatud?). Samad olid üksikküsimuste-kogutesti vaheliste korrelatsioonide väärtused ebaühtlasemad, mahtudes vahemikku .100-.869. Mõned küsimustevahelised korrelatsioonid olid samuti negatiivsed – ja seda eriti 15. küsimuse puhul (*Бывает ли, что Вы сильно раздражаетесь или злитесь, если сразу же не получаете того, чего хотите?* – Kas Te tunnete suurt nõrdimust või viha, kui Te kohe ei saa seda, mida tahate?). Kuna tegemist on madalat frustratsioonitaluvust mõõtvate küsimusega, milline omadus on düssotsiaalse isiksushäire jaoks määrava tähtsusega, tuleneb selline negatiivne korrelatsioon ilmselt adapteeritud küsimuse ebaõnnestunud sõnastusest. Üksikute väidete väljajätmise korral ühtlustusid Cronbachi  $\alpha$  väärtused keskmiselt .600 tasemel. Intervjuu düssotsiaalse isiksushäire skaala kõikide väidete omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioon koguskaalaga on ära toodud tabelis 6.

Tabel 6 IPDE düssotsiaalset isiksushäiret mõõtvate küsimuste omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioonid kogu alaskaalaga

Küsimuse nr	29	61	20	63	62	64	60	15	Kogu
29	-								.105
61	-.034	-							.378
20	.688*	-.254	-						.100
63	.087	.553**	-.140	-					.713
62	.274	.458**	.189	.764*	-				.869
64	.045	.492**	-.125	.737*	.854	-			.718
60	-.042	.302	.115	.524**	.523	.442	-		.434
15	-.156	-.361	-.107	-.287	-.198	-.149	-.254	-	-.324

Märkus: \*p< 0,01, \*\* p< 0,05

Konkureeriva valiidsuse analüüs düssotsiaalse häire osas näitas, et IPDE alaskaala ja IPDE-SQ vastava alaskaala omavaheline korrelatsioon oli .524. Intervjuus ja

küsimustikus olid samu RHK-10 kriteeriume mõõtvate küsimuste/väidete omavahelised korrelatsioonid üsna madalad – kuni .375. Seejuures kõrgeim korrelatsioon (.375) esines IPDE küsimuse nr 60 (*Случалось ли Вам когда-либо ударить или применить физическое насилие к кому-либо из членов вашей семьи?*) ja IPDE-SQ väite nr 11 (*Меня никогда не арестовывали*) vahel. Sama kriteeriumit mõõtvate IPDE küsimuste ja vastavate IPDE-SQ väidete korrelatsioonid osutusid enamasti negatiivseteks. IPDE-SQ küsimused nr 18 ja 51 olid olematu variatiivsuse tõttu analüüsist välja jäetud, kuna kõik 125 küsitletust vastasid väitele nr (*Я обычно чувствую себя плохо, когда я причинил(а) кому-то боль или плохо с кем-то обошелся(-лась)*) ja nr 51 (*Мне трудно не попадать в неприятности*) diagnostiliselt negatiivselt. Sama RHK-10 kriteeriumi alusel esitatud IPDE küsimuste ja vastavate IPDE-SQ väidete korrelatsioonid on esitatud tabelis 7.

Tabel 7 Düssotsiaalse isiksushäire alaskaala IPDE-SQ korrelatsioonid neile vastavate küsimustega IPDE-s

IPDE-SQ väite nr	IPDE küsimuse nr	Omavaheline korrelatsioon
11	61	-.302
20	61	-.192
29	63	.050
38	20	-.053
47	60	-.172
IPDE-SQ koguskaala	IPDE koguskaala	.524

Märkus:  $p < 0,05$

Sõelküsimustiku täitmise järel tekkis düssotsiaalse isiksushäire kahtlus 11 indiidil (8.8% üldvalimist), kelle skoor küsimustiku alaskaalal ületas 3 punkti piiri, nendest intervjuu on läbinud 2. Vastused intervjuu küsimustele andsid aluse kahtlustada düssotsiaalset isiksusehäiret vaid ühel intervjuueeritul, seejuures oli tema vastava alaskaala skoor IDPE-SQ järgi 0. Seega andis alaskaala kahel korral 20-st valepositiivse ning ühel korral valenegatiivse vastuse.

### 2.5.2. Ebastabiilne isiksushäire, impulsiivne tüüp (impulsiivne isiksushäire)

Impulsiivse isiksushäire puhul oli sisereliaabluse koefitsient kõigest .341, äärmiselt madalad olid ka sõelküsimustiku väidetevahelised korrelatsioonid. Kõige tugevamalt olid omavahel seotud väited nr 53 (*У меня очень часто меняется настроение* – Mu

meeleolu vahetub väga tihti) ja nr 56 (*Я иду на риск и совершаю безрассудные поступки* – Ma riskin ja tegutsen läbimõtlematult), mille vaheline korrelatsioon oli .167. Samas puudusid siin negatiivsed väidetevahelised korrelatsioonid (v.a väited nr 19 ja nr 56 vahel). Üksikväite-koguküsimustiku vahelised korrelatsioonid olid samuti madalad – kõrgeimaks (.233) osutus see 53. väite puhul. Väite väljajätmise korral suurenes Cronbachi  $\alpha$  väärtus keskmiselt .100 võrra. Sõelküsimumstiku impulsiivse isiksushäire skaala kõikide väidete omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioonid koguskaalaga on ära toodud tabelis 8.

Tabel 8 IPDE-SQ impulsiivset isiksushäiret mõõtvate väidete omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioonid kogu alaskaalaga

Väite nr	19	30	37	53	56	Kogu
19	-					.038
30	.013	-				.154
37	.070	.112	-			.223
53	.077	.099	.161	-		.233
56	-.077	.111	.139	-.167	-	.170

Intervjuus esitatud impulsiivset isiksushäiret mõõtvate küsimuste sisereliaablus (.471) ja omavahelised korrelatsioonid olid veidi kõrgemad kui IPDE-SQ omad, kuigi ei ulatunud olulise tasemeni. Teistest tugevamini olid omavahel korrelatsiooniga .384 seotud 30. (*Есть ли у Вас привычка вступать в споры и разногласия?*) ja 50. (*Часто ли Вы переходите от своего обычного настроения к сильной раздражительности, депрессии или нервозности?*) küsimused. Üsikküsimumstikute-kogutesti vahelised korrelatsioonid olid samuti üsna madalad – kõrgeimaks (.459) osutus see 30. küsimuse puhul. Ka siin olid üsikküsimumstikute-kogutesti vaheliste korrelatsioonide väärtused ebaühtlasemad, mahtudes vahemikku .070-.459. Üksikute küsimuste väljajätmise korral Cronbachi  $\alpha$  väärtused oluliselt ei muutunud. Intervjuu impulsiivse isiksushäire skaala kõikide väidete omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioonid koguskaalaga on ära toodud tabelis 9.

Tabel 9 IPDE impulsiivset isiksushäiret mõõtvate küsimuste omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioonid kogu alaskaalaga

Küsimuse nr	58	30	43	11	50	Kogu
58	-					.070
30	.216	-				.459

<b>43</b>	.255	.255	-			.321
<b>11</b>	-.087	.261	.042	-		.164
<b>50</b>	-.165	.384	.371	.243	-	.396

Sõelküsimustiku väidete ja intervjuu küsimuste vaheliste seoste analüüs impulsiivse häire osas näitas, et IPDE alaskaala ja IPDE-SQ vastava alaskaala omavaheline korrelatsioon oli .615. Intervjuu ja küsimustiku küsimuste/väidete omavahelised korrelatsioonid olid üsna madalad, aga siiski kõrgemad kui düssotsiaalse isiksushäire puhul, jäädes vahemikku -.251 kuni .760. Samas esinesid siin kõrgemad koorlatsioonid samu RHK-10 kriteeriume mõõtvate küsimuste/väidete vahel – kõrgeim korrelatsioon (.760) esines IPDE küsimuse nr 11 (*Трудно ли Вам придерживаться плана или образа действий, если Вы сразу же не получаете результатов?*) ja IPDE-SQ väite nr 30 (*Я перестаю придерживаться плана, если сразу же не получаю результатов*) vahel. Sama RHK-10 kriteeriumi alusel esitatud IPDE küsimuste ja vastavate IPDE-SQ väidete korrelatsioonid on täpsemalt näha tabelis 10.

Tabel 10 *Impulsiivse isiksushäire alaskaala IPDE-SQ väidete korrelatsioonid neile vastavate küsimustega IPDE-s*

IPDE-SQ väite nr	IPDE küsimuse nr	Omavaheline korrelatsioon
19	30	.243
30	11	.760
37	43	-.192
53	50	.294
56	58	.404
IPDE-SQ koguskaala	IPDE koguskaala	.615

IPDE-SQ tulemused andsid võimaluse küsitleda impulsiivse isiksushäire kahtlusega 38 sõelküsimustikku täitnud indiviidi (30,4% valimist), neist on intervjuu läbinud 6. Intervjuu käigus ükski diagnoos kinnitust ei leidnud – seega andis sõelküsimustik 6 valepositiivset vastust.

### 2.5.3. Ebastabiilne isiksushäire, piirialane tüüp (piirialane isiksushäire)

Piirialase, nagu ka impulsiivse, isiksushäire puhul oli sõelküsimustiku sisereliaabluse koefitsient madal (.283), peaaegu olematuteks osutusid väidetevahelised korrelatsioonid: kõrgeimaks (.211) osutus 9. (*Я иду на крайние меры, чтобы удержать людей рядом*

с собой) ja 25. (Я никогда не угрожал(а) самоубийством и не наносил(а) себе повреждений намеренно) väite seos. Kolme paari väidete vahelised korrelatsioonid olid nõrga negatiivse korrelatsiooniga. Üksikväite-koguküsimustiku vahelised korrelatsioonid olid samuti madalad – kõrgeimaks (.197) osutus see 25. väite puhul. Tõlkeraskusi pakkunud väide nr 4 oli negatiivses korrelatsioonis kahe sama alaskaala väitega ning peaaegu korreleerimata kogu alaskaalaga. Üksikväidete väljajätmise korral suurenes Cronbachi  $\alpha$  väärtus keskmiselt .100 võrra. Sõelküstiku piirialase isiksushäire skaala kõikide väidete omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioon koguskaalaga on ära toodud tabelis 11.

Tabel 11 IPDE-SQ piirialast isiksushäiret mõõtvate väidete omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioonid kogu alaskaalaga

Väite nr	4	9	13	25	40	Kogu
4	-					.067
9	-.011	-				.120
13	.048	.120	-			.161
25	-.051	.211*	.150	-		.197
40	.131	-.013	.055	.127	-	.137

Märkus:  $p < 0,05$

Seevastu olid intervjuus esitatud piirialast isiksushäiret mõõtvate küsimused omavahel oluliselt paremini korreleeritud. Cronbach'i  $\alpha$  oli alaskaala peale .797, kõrgemad olid ka küsimustevahelised korrelatsioonid, mis ulatusid .810. Seoses leitud erisusega väärib tähelepanu asjaolu, et piirialase isiksushäire määramiseks mõeldud skaala hõlmab ka impulsiivset isiksushäiret mõõtvaid väiteid, s.t väiteid on 2,5 korda rohkem – samas oli alaskaala sisereliaablus piisavalt kõrge (.698) ka pärast impulsiivset isiksushäiret mõõtvate küsimuste väljajätmist.

Teistest tugevamini olid omavahel seotud 25. (Вам очень трудно решать, какие друзья должны у Вас быть? – Kas Teil on raske otsustada, millised sõbrad Teil peavad olema?) ja 50. (Часто ли Вы переходите от своего обычного настроения к сильной раздражительности, депрессии или нервозности?) küsimused (korrelatsiooniga .810). Üsikküsimuste-kogutesti vaheline korrelatsioonid varieerusid vahemikus .054-.789 – kõrgeimaks (.789) osutus see 25. küsimuse puhul, ühtegi negatiivset korrelatsiooni

siin polnud. Üksikute väidete väljajätmine tõstis Cronbachi  $\alpha$  väärtused keskmiselt .250 võrra. Intervjuu piirialase isiksushäire skaala kõikide väidete omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioon koguskaalaga on ära toodud tabelis 12.

Tabel 12 IPDE piirialast isiksushäiret mõõtvate küsimuste omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioonid kogu alaskaalaga

Küs. nr	58	30	43	11	50	26	48	59	45	5	6	7	25	Kogu
58	-													.078
30	.216	-												.393
43	.255	.255	-											.517
11	-.087	.261	.042	-										.430
50	-.165	.384	.371	.243	-									.623
26	.140	.140	.304	.310	.294	-								.557
48	-.226	.277	.085	.334	.669**	.404	-							.498
59	.140	-.210	.304	.000	.049	.063	-.269	-						.054
45	.380	.169	.570*	.093	.503*	.452*	.217	-.264	-					.513
5	-.015	-.015	.163	.585**	.535*	.157	.358	.157	.190	-				.445
6	-.118	.118	.628**	.314	.000	.423	.152	.000	.000	.089	-			.339
7	.065	.588**	.159	.520*	.549*	.466*	.754**	-.233	.281	.244	.236	-		.644
25	-.096	.546*	.450	.427	.810	.459*	.700**	-.115	.553*	.313	.194	.749**	-	.789

Märkus: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

IPDE piirialast isiksushäiret mõõtvast alaskaala ja IPDE-SQ vastava alaskaala omavaheline korrelatsioon oli üsna kõrge – .792. Intervjuu ja küsimustiku küsimuste/väidete omavahelised korrelatsioonid olid kõrgemad kui düssotsiaalse isiksushäire puhul, jäädes vahemikku -.269 kuni .777. Kõige tugevamini oli omavahel seotud sõelküsimustiku 25. väide (*Я никогда не угрожал(а) самоубийством и не наносил(а) себе повреждений намеренно*) ja intervjuu 7. küsimus (*Трудно ли Вам решать, что для Вас важно в жизни?* – Kas Teil on raske otsustada, mis on Teie jaoks elus oluline?). Korrelatsioonid samu RHK-10 kriteeriume mõõtvate küsimuste/väidete vahel olid nõrgad, vahemikus .045-.431. Kõrgeim korrelatsioon esines IPDE küsimuse nr 45 (*Часто ли Вы ощущаете внутреннюю пустоту?*) ja IPDE-SQ väite nr 40 (*Я часто ощущаю «пустоту» внутри*) vahel, kuigi oleks võinud oodata, et see pidanuks olema märkimisväärselt kõrgem. Sama RHK-10 kriteeriumi alusel esitatud IPDE küsimuste ja vastavate IPDE-SQ väidete korrelatsioonid on näidatud tabelis 13.

Tabel 13 Piirialase isiksushäire alaskaala IPDE-SQ väidete korrelatsioonid neile vastavate küsimustega IPDE-s

IPDE-SQ väite nr	IPDE küsimuse nr	Omavaheline korrelatsioon
4	6	.098

9	48	-.045
13	26	.289
25	59	-.167
40	45	.431
IPDE-SQ koguskaala	IPDE koguskaala	.792

Vastused IPDE-SQ väidetele võimaldasid eeldada piirialase isiksushäire esinemist 16 indiviidil (12.8% vaimist), kellest sai intervjuueeritud 4. Kahel korral andsid intervjuu tulemused aluse piirialase isiksushäire diagnoosi panemiseks – seega andis sõelküsimumstik 2 valepositiivset ja 2 õiget vastust.

#### 2.5.4. Histriooniline isiksushäire

Histrioonilise isiksushäire puhul oli sõelküsimumstiku sisereliaabluse koefitsient sama madal kui eelmiste häirete puhul (.292), ka väidetevahelised korrelatsioonid olid kas olematud või isegi negatiivsed: kõrgeimaks (.390) osutus 28. (*Мне нравится одеваться так, чтобы Выделяться из толпы*) ja 35. (*Я предпочитаю не быть в центре внимания*) väite seos. Viie paari väidete vahelised korrelatsioonid olid nõrga negatiivse korrelatsiooniga. Üksikväite-kogukäsimumstiku vahelised korrelatsioonid olid samuti madalad – kõrgeimaks (.258) osutus see 35. väite puhul. Väite väljajätmise korral suurenes Cronbachi  $\alpha$  väärtus keskmiselt .100 võrra. Sõelküsimumstiku histrioonilise isiksushäire skaala kõikide väidete omavahelisi korrelatsioone ja korrelatsiooni koguskaalaga näitab tabel 14.

Tabel 14 IPDE-SQ histrioonilist isiksushäiret mõõtvate väidete omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioonid kogu alaskaalaga

Väite nr	5	17	26	28	35	44	Kogu
5	-						.200
17	.059	-					-.008
26	.012	.215*	-				.023
28	.095	-.156	-.107	-			.148
35	.216*	-.084	-.092	.390**	-		.258
44	.100	-.046	.037	.135	.184	-	.168

Märkus: \*p<0,05; \*\*p<0,01

Ngu piirialase häire puhul, olid ka histrioonilist isiksushäiret mõõtvad küsimused intervjuus omavahel oluliselt paremini korreleeritud: Cronbach'i  $\alpha$  oli alaskaala peale

.747. Küsimustevahelised korrelatsioonid olid kõrgemad kui IPDS-SQ puhul, kuid varieerusid vahemikus -.140 – .754. Teistest tugevamini olid omavahel korrelatsiooniga .754 seotud 16. (*Бывает ли, что Вы испытываете сильную потребность быть в центре внимания?* – Kas Te vahel tunnete tugevat vajadust olla tähelepanu keskpunktis?) ja 17. (*Насколько важен для Вас ваш внешний вид?*) küsimused. Üksikküsimuste-kogutesti vahelised korrelatsioonid varieerusid vahemikus .135-.668 – kõrgeimaks osutus see 17. küsimuse puhul, ühtegi negatiivset korrelatsiooni siin samuti polnud. Üksikute väidete väljajätmine tõstis Cronbachi  $\alpha$  väärtused keskmiselt .700 tasemeni. Intervjuu histrioonilise isiksushäire skaala kõikide väidete omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioon koguskaalaga on ära toodud tabelis 15.

Tabel 15 IPDE histrioonilist isiksushäiret mõõtvate küsimuste omavahelised korrelatsioonid ja korrelatsioonid kogu alaskaalaga

Küsimuse nr	40	49	12	17	54	41	16	Kogu
40	-							.526
49	-.140	-						.135
12	.542*	.497	-					.638
17	.455*	-.124	.497*	-				.668
54	.232	-.096	.073	.528	-			.352
41	.232	.546*	.492*	.025	.216	-		.352
16	.367	-.107	.314	.754**	.326	.065	-	.522

Märkus: \*p< 0,05; \*\*p< 0,01

Omavaheline korrelatsioon histrioonilist isiksushäiret mõõtva IPDE ja IPDE-SQ alaskaaladel oli samuüti üsna kõrge (.763). Intervjuu ja küsimustiku küsimuste/väidete omavahelised korrelatsioonid olid ebaühtlaselt jaotatud vahemikku -.254 kuni .572. Kõige tugevamini oli omavahel seotud (.572) sõelküsimustiku 44. väide (*У меня репутация любителя (любительницы) пофлиртовать*) ja intervjuu 54. küsimus (*Случается ли, что Вы одеваетесь или ведете себя развратно?*). Korrelatsioonid samu RHK-10 kriteeriume mõõtvate küsimuste/väidete vahel olid üsna nõrgad, vahemikus -.229-.572. Sama RHK-10 kriteeriumi alusel esitatud IPDE küsimuste ja vastavate IPDE-SQ väidete korrelatsioonid on esitatud tabelis 16.



Tabel 16 Piirialase isiksushäire alaskaala IPDE-SQ korrelatsioonid neile vastavate küsimustega IPDE-s

IPDE-SQ väite nr	IPDE küsimuse nr	Omavaheline korrelatsioon
5	40	.400
17	12	.523
26	49	.350
28	17	.487
35	41	-.229
44	54	.572
IPDE-SQ koguskaala	IPDE koguskaala	.763

Sõelküsimustikku täitnud isikutel esines 31-l korral kahtlus histrioonilise isiksushäire olemasolu osas, neist intervjuueriti 7. Intervjuus täitus võimalik histrioonilise isiksushäire diagnoos ühel küsitletul, teiste isikute intervjuu tulemused alust isiksushäiret diagnoosida ei andnud. Seega andis histrioonilise isiksushäire alaskaala 6 valepositiivset vastust, kuid ei andnud ühtegi valenegatiivset juhtumit.

## 2.6. Arutelu

Empiirilise töö eesmärgiks oli alustada IPDE ja IPDE-SQ adapteerimist vene keelde ning kontrollida valminud instrumendi reliaablust B-klastrisse kuuluvaid isiksushäireid mõõtvate alaskaalade põhjal. Töö käigus uuriti IPDE-SQ düssotsiaalse, ebastabiilse ja histrioonilise isiksushäire alaskaalasid, leiti alaskaalade sisereliaablus ning võrreldi leitud väärtused vastavate IPDE tulemustega.

Andmete analüüs näitas, et sõelküsimustiku sisereliaablus vaadeldud klatri isiksushäirete osas oli valdavalt madal: Cronbachi  $\alpha$  oli kõrgeim düssotsiaalse isiksushäire alaskaalal (.469) ja madalaim piirialase häire alaskaalal (.283), histriooniline (.292) ja impulsiivne (.341) jäid nende vahemikku.

Üksikväidetevahelised korrelatsioonid sõelküsimustikus olid samuti madalad: -.097 kuni .386 düssotsiaalse isiksushäire alaskaalal, -.167 kuni .139 impulsiivse isiksushäire alaskaalal, -.051 kuni .211 piirialase häire puhul ning -.156 kuni .390 histrioonilise häire alaskaalal. Madalad olid ka üksikväite-kogutesti vahelised korrelatsioonid: -.041 kuni .355 düssotsiaalse häire puhul, .038-.233 impulsiivse häire puhul, .067-.197 piirialase häire alaskaalal ning -.008 kuni .258 histrioonilise häire alaskaalal. Küsimused nr 38 ja

17 olid oma alaskaalaga (düssotsiaalne ja histriooniline) kergelt negatiivses korrelatsioonis – vastavalt  $-.041$  ja  $-.008$ . Teistest veidi paremini korreleeritud olid düssotsiaalne ja histriooniline alaskaalad.

Sisereliaabluskoeffitsiendid intervjuus olid märgatavalt kõrgemad:  $.656$  düssotsiaalse,  $.471$  impulsiivse,  $.797$  piirialase ja  $.747$  histrioonilise häire puhul. Samuti osutusid IPDE kõrgemaks üksikküsimustevahelised korrelatsioonid:  $-.361$  kuni  $.688$  düssotsiaalse häire alaskaalal,  $-.165$  kuni  $.384$  impulsiivse häire alaskaalal,  $-.226$  kuni  $.810$  piirialase häire alaskaalal ning  $-.140$  kuni  $.754$  histrioonilise häire skaalal. Üksikkusimuse-kogutesti vahelised korrelatsioonid jäid vahemikke:  $-.324$  kuni  $.869$  düssotsiaalse häire puhul,  $.070$ – $.459$  impulsiivse häire alaskaalal,  $.054$ – $.789$  piirialase häire puhul ning  $.135$ – $.668$  histrioonilisel alaskaalal.

Konkureeriva valiidsuse analüüs näitas, et sõelküsimate väited ja intervjuu küsimused on omavahel korreleeritud väga mõõdukalt. Kuigi skaalade omavaheline korrelatsioon oli enamasti rahuldav ( $.524$  düssotsiaalse,  $.615$  impulsiivse,  $.792$  piirialase ja  $.763$  histrioonilise häire alaskaalal), siis sama kriteeriumi mõõtvate paralleelsete väidete-küsimate vahelised korrelatsioonid olid väga ebaühtlased. Düssotsiaalse häire alaskaalal olid sellised korrelatsioonid olematud või koguni negatiivsed:  $-.302$  kuni  $.050$ , kusjuures negatiivseteks osutusid kõik vastused peale ühe. Impulsiivse häire alaskaalad olid omavahel mõõdukalt korreleeritud:  $-.192$  kuni  $.760$ , negatiivseks osutus vaid üks korrelatsioon; piirialase häire skaalade korrelatsioonid jäid vahemikku  $-.167$  kuni  $.431$ , olles seega impulsiivse skaala omadest nõrgemad. Kõige ühtlasemaid korrelatsioone näitas kahe instrumendi võrdlus histrioonilise häire alaskaala järgi:  $-.229$  kuni  $.572$ , kusjuures enamus korrelatsioone oli üle  $.400$ . On tähelepanuväärne, et suurimad korrelatsioonid ei olnud alati sama kriteeriumit mõõtvate väidete ja küsimuste vahel.

Kuna käesoleva seminaritöö eesmärgiks oli alustada IPDE adapteerimisega vene keelde, siis kindlasti mängis rolli ning langetas kõik reliaabluse liigid ka mõnede väidete ja küsimuste ebaõnnestunud sõnastus. Kuigi tulemused näitasid, et need küsimustiku väited, mille tõlke osas oli vaidlusi, ei olnud teistest halvemini koguküsimustiku või teiste

väidetega korreleeritud, võiks siiski mõelda väite ja küsimuste ümbersõnastamisele, ja seda eriti juhtudel, kus esinevad nullilähedased või isegi negatiivsed korrelatsioonid kogu küsimustiku või intervjuu skooridega. Väite või küsimuste väljajätmine ei tule ilmselt kõne alla, kuna tegemist on rahvusvaheliselt normeeritud kliinilise dokumendiga – pealegi ei tõuseks Cronbachi  $\alpha$  väidete/küsimuste väljajätmisel märkimisväärselt.

Lisaks eeltoodule mõjutas intervjuu tulemuste usaldusväärsust see, et nii autoril kui ka andmeid kogunud kaastudengitel puudus reaalne kliiniline kogemus sellist laadi instrumentide rakendamisel. IPDE juhendi (Loranger, 1997) kohaselt rakendatakse intervjuu kogenud klinitistide poolt, kellelt eeldatakse RHK-10 diagnostiliste kriteeriumite mitte üksnes teoreetilist tundmist, vaid nende äratundmise võimet reaalelus, patsiendi küsitlemise oskust sellisel tasemel, et selgitada välja diagnostilist tähtsust omavaid tunnuseid. Käesoleva seminaritöö autor ennast selliseks spetsialistiks ei pea – esimese küsitlemise kogemuse sai ta just seminaritöö raames andmete kogumisel.

Mainimata ei saa jätta ka valimi puudulikkust. Loodetavasti oleks sõelküsimustiku väited ja intervjuu küsimused paremini korreleeritud juhul, kui tegemist oleks olnud kliinilise populatsiooniga. Käesoleval juhul küsitleti intervjuus siiski psühhiaatrilise diagnoosita isikuid, kellest ükski ei jätnud muljet, et tal oleks esinenud mõni isiksushäire või et ta oleks oma vastustes ebasiiras. Samas, arvestades isiksushäirete levimust populatsioonis ning seda, et valdav osa isiksushäiretega inimestest just selle häire tõttu psühhiaatrilise abi poole ei pöördu (pöördumise põhjuseks on reeglina mõni teine psüühikahäire), siis ei ole mõõtevahendite katsetamine psühhiaatrilise diagnoosita isikutel põhjendatu. Tõsi küll, et kliinilise valimi tulemused oleks ilmselt näidanud oluliselt rohkem diagnostiliselt positiivseid vastuseid, mis oleks kergendanud andmete analüüsi.

Sõelküsimustiku väidete ja intervjuu küsimuste nõrga seose põhjuseks võib samuti olla see, et hinnangu “2” andmine intervjuu skoorimisel eeldab veenvaid näiteid selle kohta, et käitumine häirib, tekitab olulist distressi või probleeme sotsiaal- või tööelus. Isegi juhtudel, kui küsitletud vastasid kindlalt jaatavalt nt intervjuu küsimusele nr 2 “Kas te olete teistega võrreldes suurem täiuslikkuse poole püüdleja?”, ei viinud see kunagi “2”

hinden, kuna selline perfektsionism ei takistanud (väidetavalt) töö lõpuleviimist ega seganud produktiivsust. Seega tekitas sõelküsimumstik valepositiivsust, kuid intervjuueeritud isikute valimi vähesuse tõttu ei ole statistiliselt paikapanevate järelduste tegemine võimalik.

Autor on viinud läbi kokku 6 intervjuud, ning ühe intervjuu käigus tekkis tema hinnangul alus düssotsiaalse isiksushäire kahtlustamises – olgugi siin märgitud, et küsitletul oli tõepoolest antisotsiaalse käitumise ja õiguskaitseorganitega kokkupuutumise ajalugu, st ei ole välistatud, et düssotsiaalne isiksushäire isikul mingil määral ka esineb. Samuti andis kaastudengite poolt läbiviidud intervjuude tulemuste analüüs aluse kahtlustada ühel küsitletul piirialast tüüpi ebastabiilset isiksushäiret. Isiksushäirete alaskaaladel esines 20 korral 21-st valepositiivsust (mõned intervjuueeritud andsid positiivse skoori sõelküsimumstiku mitmel alaskaalal) ning üks valenegatiivne juhtum. Autori hinnangul on sellise valepositiivsuse arv küllaltki suur, kuna reaalses kliinilises töös oleks tarbetute intervjuude läbiviimisele kulunud aeg üpris suur.

Siiski tasub märkida, et ka eesti keelde adapteeritud variandi IPDE-SQ sisereliaablus ja konkureeriv valiidsus IPDE-ga on suhteliselt madal. Seega on käesoleva seminaritöö statistilisest seisukohast nõrk tulemus üldiselt kooskõlas varem tehtud uurimuste tulemustega ning kinnitab veelkord, et sõelküsimumstiku väited on omavahel üsna nõrgalt seotud. Seevastu on käesoleva töö tulemused IPDE adapteerimise osas palju lähedamad õnnestunud nt kreeka adaptatsiooni tulemustele (Fountoulakis, 2006) – seega on lootust, et tulevikus õnnestub valminud tekstid adapteerida veelgi paremini.

Kokkuvõtlikult võib öelda, et IPDE-SQ adapteerimine ei ole praeguseks veel viinud täisväärtusliku mõõtevahendi loomiseni vähemalt düssotsiaalse, ebastabiilse ja histrioonilise isiksushäire alaskaalade osas. Sõelküsimumstiku sisereliaablus osutus nõrgaks ning alaskaaladesse kuuluvad väited olid omavahel nõrgalt või isegi negatiivselt korreleeritud, samuti andis sõelküsimumstik palju valepositiivseid tulemusi. Ilmselt vajab valminud instrument edasist keelelist kohandamist ning tõlke ja originaali ekvivalentsuse tagamiseks tagasitõlkimist professionaalse tõlgi poolt inglise keelde. Samas võib

adapteerimise töö esimest etappi pidada küllaltki rahuldavaks, arvestades sõelküsimumstikku täitnud inimeste arvu ja ka selle töö tulemusena valminud “toorest” instrumenti. Kliinilise intervjuu tulemused näitasid palju paremat sisereleiaablust, ning põhiliseks suunaks peaks olema katsetamine suurema ja võimalusel kliinilise valimi peal.

Käesolev seminaritöö võib olla esimeseks etapiks IPDE adapteerimisel, ning peale selle etapi läbimist kõigi isiksushäire osas on võimalik jätkata teiste statistiliste meetoditega intervjuu ja sõelküsimumstiku algtekstide ja adapteeritud tekstide erisuste väljaselgitamiseks ja elimineerimiseks. Pärast tagasitõlke reliaabluse kontrolli saab sõelküsimumstikku pidada usaldusväärseks vahendiks intervjuule suunataivate isikute eristamiseks ning intervjuud kohaseks diagnostiliseks meetodiks, mida saab kasutada kliinilises praktikas vene keelt kõnelevate patsientidega.

## Kasutatud kirjandus:

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition (DSM-IV), Washington, DC: Author

Comer, R.J. (2002). *Fundamentals of Abnormal Psychology*. 3rd ed. New York, Worth Publishers. pp 415-425

Costin, F., Draguns J.G. (1989). *Abnormal Psychology: Patterns, Issues, Interventions*. New York, John Wiley & Sons. pp 337- 358

Eensalu, A. (2002). *Vältiva isiksushäire hindamine rahvusvahelise isiksushäirete intervjuu sõelküsimumstiku abil*. Bakalaureusetöö. Tartu: Tartu Ülikool

Fountoulakis, K. N., Iacovides, A. A., Ioannidou, C. h., Bascialla, F. F., Nimatoudis, I. I., Kaprinis, G. G., & ... Dahl, A. A. (2002). Reliability and cultural applicability of the Greek version of the International Personality Disorders Examination. *BMC Psychiatry*, 26-7

Hersen, M., Van Hasset, V.B. (eds) (2001). *Advanced Abnormal Psychology. Second Edition*. Dordrecht, Kluwer Academic / Plenum Publishers. pp 399-417

Käbin, M. (2003). *Piirialase isiksushäire kujunemine, impulsiivsuse korrelaadid mälus ja tähelepanus erikooli tüdrukute hulgas*. Seminaritöö. Tartu: Tartu Ülikool

Loranger, A.W. (1997) Discussion and conclusions. In: Loranger, A. W., Janca, A., Sartorius, N. (Eds.) *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders. The ICD-10 International Personality Disorder Examination*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 79-109

Loranger, A.W. (1997) International personality disorder examination (IPDE). In: Loranger, A. W., Janca, A., Sartorius, N. (Eds.) *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders. The ICD-10 International Personality Disorder Examination*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 43-51

Loranger, A.W. (1997) Review of diagnostic instruments for the assessment of personality disorders. In: Loranger, A. W., Janca, A., Sartorius, N. (Eds.) *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders. The ICD-10 International Personality Disorder Examination*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 10-17

Loranger, A. W., Janca, A., Sartorius, N. (Eds.) (1997). *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders. The ICD-10 International Personality Disorder Examination*. Cambridge: Cambridge University Press

Mailma Terviseorganisatsioon (1992). *Rahvusvaheline Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon (RHK-10)*. Tartu: Tartu Ülikool

Maailma Terviseorganisatsioon (1995). *Rahvusvaheline Isiksushäirete Diagnostiline Intervjuu*. Tartu: Tartu Ülikooli Psühhiaatriakliinik

Modestin, J., Neuenschwander, M., & Rössler, W. (2006). Naturalistic study on ICD-10 personality disorders. *International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice*, 10(4), pp 252-257

O'Donohue, W., Fowler, K.A., Lilienfeld, S.O. (eds) (2007). *Personality Disorders: Toward the DSM-IV*. Sage Publications, Inc.

Rannu, M. (2006). *Sõltuva isiksushäire ja rahvusvahelise isiksushäirete intervjuu sõelküsimumstiku uuring*. Seminaritöö. Tartu: Tartu Ülikool

Seebloom, M. (2001). *Rahvusvahelise isiksushäirete intervjuu sõelküsimumstiku uuring, tähelepanu all düssotsiaalne isiksushäire*. Seminaritöö. Tartu: Tartu Ülikool

Sisask, M. (1999). *Histrioofilise isiksushäire ja rahvusvahelise isiksushäirete sõelküsimumstiku uurimine*. Bakalaureusetöö. Tartu: Tartu Ülikool

World Health Organization (1995). *The International Personality Disorder Examination (IPDE): DSM-IV Module*. Washington, DC: American Psychiatric Association

World Health Organization (1995). *The International Personality Disorder Examination – Screening Questionnaire (IPDE-SQ): DSM-IV Module*. Washington, DC: American Psychiatric Association

### **Lisad:**

1. Скрининговая анкета Международного исследования расстройств личности (IPDE), модуль ICD-10 (3 lk);
2. План интервью модуля МКБ-10 (ICD-10) Международного исследования расстройств личности (IPDE) (86 lk).